

# 近代におけるハンセン病治療と病理観

— 小笠原登の場合 —

山 本 正 廣

## 〔抄 録〕

本稿では、ハンセン病（癩病）の病理観に焦点を置き、近代の医療思想のひずみを文化史的に探ることを目的に論じた。我が国近代のハンセン病対策は、明治期の外国人の手による救癩事業の反省から始まった。その国辱感、時代とともに、ハンセン病を劣性の病気として位置づけ、国民から見えなくさせるため隔離主義を推進していくことになる。見えなくなつた病気は、社会に、より恐怖心を与え、大正・昭和を経て現代まで一貫するハンセン病観として定着していく。いっぽう、医者であり仏教僧であつた

小笠原登の時代潮流と対峙する行動と、開放的な治療主義、体質・感受性による発症原因論、健病一如思想などを見ることで、ハンセン病の本質を検証した。病に対する社会の認識と病そのものの、おおきな乖離を見ることができたのである。ハンセン病は、まさに社会がなした病なのであつた。

キーワード…ハンセン病、病理観、隔離主義、感受性、健病一如

## はじめに

病気とは、まさしく個人に与する身体の症状である。つまりは個人によつてのみ体験される質のものである。しかし、家族・医師・看護人・病友・囲む共同体・社会との関係において、病気を有する者はあらためて病者となり、患者として存する。その意味で病気とはすぐれ

て社会的存在であり、文化的存在である。本稿では、近代日本の病理観を集約するものとして、ハンセン病（癩病）観を取りあげ、その本質を、文化的・歴史的な脈絡のなかで解明したい。

医療面からみた近代のハンセン病治療は、第一期明治初期の浮浪らいの時代、第二期明治四十年（一九〇七）からの公立療養所の時代、第三期昭和六年（一九三一）からの国立療養所の時代、第四

期Ⅱ昭和二十八年(一九五三)以降の四期に分けられる。<sup>(1)</sup>

いずれも法律によって治療環境が規定されていた。概括的に言えば、第一期は、近代以前のハンセン病観をいまだ引きずったままであった。第二期は、ハンセン病が諸病のなかで特化され、特殊視されたハンセン病観が社会に形成されていくとともに、法律による社会隔離が準備されていった。その傾向が第三期にさらに肥大化し、忌避感<sup>(2)</sup>は猖獗を極め、精神的にも肉体的にも国家管理の政策が推し進められた。そして第四期、医療面では完治しうる病気となっても、従来の病気観が払拭されないまま日本人全般のハンセン病観として、感性の中に残留した。

小笠原登(明治二十一年(一八八八)～昭和四十五年(一九七〇))は、ハンセン病患者にとって最も厳しい第三期に医療現場に登場し、病の可治性を主張した人物である。ために、当時のハンセン病治療の主流から指弾され、疎外された。時代潮流に抗ってまでも、持論を展開した小笠原登の思想の意義と価値を考察したい。<sup>(2)</sup>

## 第一章 国家管理への道

### — 近代初期のハンセン病患者の環境 —

元禄の漢方医蘆川桂洲(生没年不明)が「天刑解シガタキ」<sup>(3)</sup>、吉益南涯(寛延三年(一七五〇)～文化十年(一八一三))が「未見治者」<sup>(4)</sup>と言葉を残している。近世、ハンセン病は難病中の難病とされ、治癒することは医家からは抛擲<sup>ほうてき</sup>されていた。イイギリ科常緑高木の種子を

搾った大風子油のみが、症状を軽快する薬であった。遺伝病・業病・天刑病としての認識が強く、そうである限り差別は血筋・家筋に及んでも、病人個人に遡及するものではなかったと言われる。患者は寺院神社のもとに集まり、勧進・門付けの職能として自存していた。<sup>(5)</sup>

明治四年(一八七一)の解放令とともに、前近代的な施設は廃止されていく。さらに門付け勧進も禁止され、ハンセン病患者は経済的基盤も失っていく。往來の自由とともに患者は分散していく。しかし忌避観の存在は、彼らを定住させない。結局ほとんどは近代的な治療の埒外に存在し、生活環境は劣悪であった。物乞い生活が社会に目立つようになる。

明治に入って、ハンセン病治療は民間の専門施設で始まった。明治五年(一八七二)の「起廢病院」(東京)を先蹤として、同七年(一八七四)「回天病院」(岐阜)、同十一年(一八七八)癩病院(京都)、同十五年(一八八二)「衆濟病院」(東京本所)などが記録に残る。<sup>(6)</sup>

いっぽうこの時期、日本の衛生行政管轄機関であった内務省は、ハンセン病を伝染病とは規定していなかった。コレラ・腸チフス・赤痢・ジフテリア・発疹チフス・痘瘡などの急性の伝染病の予防衛生が急務で、結核やハンセン病のような慢性で非劇症の疾病には喫緊の対策の必要を感じていない。<sup>(7)</sup> もしくは国力がそこまで及ばなかった。

明治二十二年(一八八九)フランス人神父テスト・ウイードが「私立復生病院」を静岡御殿場に、同年英国人ハンナ・リデルが熊本に「回春病院」の前身の患者救護所を、同二十七年(一八九四)キリスト教の奉仕団体「好善社」のK・T・M・ヤングマンが東京目黒に

「慰廢園」を、同三十一年（一八九八）フランス人神父ジャン・マリ  
ー・コールが熊本市に「待労院」を設立した。<sup>(8)</sup>きっかけは、いずれも  
日本のハンセン病の惨状を見てのことであつた。各施設の収容人員は  
百名以下であり、当時三万から十万人と言われた患者のほんの一部し  
か恩恵にあずからなかつたが、その象徴する意味合いは大きかつた。

明治三十二年（一八九九）、第十三回帝國議會で衆議院の根本正は、  
アメリカの新聞で、日本では多数のハンセン病患者が放置されている  
と報道されているとして、対策の必要を質疑した。明治三十八年（一  
九〇五）十一月には、「回春病院」のハンナ・リデルが、大隈重信と  
渋沢栄一に病院経営の援助を求めた。渋沢は、東京市養育院医師の光  
田健輔とともに、新聞社や財界を動かし、世論の喚起に努め、日本の  
救癩事業が外国の慈善家の手にまかせて恥ずかしい思いがすると演説  
した。このことは、新聞にも紹介された。

我邦は癩病患者の数に於て印度に次ぎての多数を有し、人口の割  
合を以てすれば世界第一の癩病国なり、此事實に国家の恥辱なり。<sup>(10)</sup>  
一外国婦人の手に依りて施療事業の先鞭を着けられたるは如何に  
も耻入りたる次第にてリッデル嬢の義侠心は国民として大に感謝  
の意を表せざるを得ず。<sup>(11)</sup>

「国家の恥辱」。患者救済に優先する国辱感こそ、日本のハンセン  
病対策の出発であり、その後の施策を規定するものであつた。日本は、  
外国からの救済というくびきから離れたかつた。国家独自のハンセン  
病対策が進められようとした。

この時流にのり、大正・昭和期（第二期・第三期）の日本のハンセ

ン病対策を指導した中心人物が光田健輔（明治九年（一八七六）～昭  
和三十九年（一九六四））である。光田は若き日、ハンセン病患者の  
救済を決意。東京市養育院副院長から、明治四十二年（一九〇九）ハ  
ンセン病施設である全生病院院長に、昭和六年（一九三一）には国立  
療養所長島愛生園の初代園長に就任。終生ハンセン病治療にたずさわ  
り、患者の完全隔離政策を押し進めていった。その足跡は大きく、生  
涯にわたる献身性は評価されるが、施策においては是非両論ある。

小笠原登と光田健輔は、あらゆるところで対極にあつた。

## 第二章 小笠原登のハンセン病治療

### — 光田学派との論争を中心として —

小笠原登は、明治二十一年（一八八八）七月十日、愛知県海東郡  
甚目寺村字甚目寺番外（現 海部郡甚目寺町甚目寺東大門十九番地）  
に、真宗大谷派円周寺住職で説経師として名をはせた小笠原篤実の次  
男に生まれた。<sup>(12)</sup>祖父小笠原啓実（啓導）？明治二十六年（一八九三）  
は、尾張藩医を歴代つとめる浅井家の第八世紫山（正翼）に学んだ漢  
方医で、「癩病、淋病、梅毒、瘰癧、黒内障等の治療を得意」として  
いた。<sup>(13)</sup>「癩は治ると云ふ私の信念は祖父からの伝燈である」と、祖父譲り  
の信念こそ小笠原登の思想と行動の主軸であつた。<sup>(15)</sup>

小笠原は第三高等学校へ進学。しかし肺結核にかかり、三年間の闘  
病生活の後、復学した。明治四十四年（一九一一）京都帝国大学医科  
大学に入学。大学一年と四年の時には発病し、それぞれ一学期間休学

を余儀なくされた。大正四年(一九一五)同医学科を卒業。同大学副手となり、薬物学教室に勤務。この後、再び療養生活に入り、のち復職。このころの経験が、のち小笠原の病氣観に大きく影響を及ぼす。大正十四年(一九二五)十二月皮膚科泌尿器科学教室に転任。翌年一月から皮膚科第五診療室でハンセン病患者の診療を担当する。

昭和三年(一九二八)、日本癩学会創立。光田健輔らが設立を主張し、実現したのだった。

昭和五年(一九三〇)、小笠原は『実験医報』一八五号に「内的素質の研究」として、疾病は内的素質と外的病因が呼応して成立するが、ハンセン病患者家族で連続して発生することが少なく、夫婦間感染もまれであることから、内的素質が疾病生成に大きい要素をなすと発表。内的素質と外的病因との相関を明らかにして、はじめて治療の要諦が成立するとした。この初期論文は、ハンセン病医療の現状告発の出版をなす。さらに同年、第三回日本癩学会にて「癩患者の体質」という発表を行い、二〇七名の検査結果によるハンセン病患者の体質的特徴を二十四項目に分類した。飲酒・喫煙の嗜好あるものや佝僂病体質に多く見られることなど、後に彼の主張するハンセン病の発症原因として生活習慣と体質論に発展させる項目も見られた。

このころより堰を切ったように、小笠原登の研究発表が始まった。基礎的な臨床研究や実験報告のみならず、啓蒙的なハンセン病論も公表してゆく。

昭和六年(一九三一)、「癩に関する三つの迷信」(「診断と治療」十巻十一号)で、ハンセン病の①不治観・②遺伝性・③伝染性を迷信

として退けた。すなわち、

①「癩は不治の疾患であると云ふ迷信」。これは一般大衆ばかりでなく、医師界にまで拡がっているとする。ハンセン病は治癒しても、指の釣状や口の歪みなどが原状復帰せず、「永久病氣が治癒せざるが如き観を呈する」からである。

②「癩は遺伝病であると云ふ迷信」。この迷信は医師にはまれで、一般民衆に多いとする。これは、らい菌の伝染性が極めて弱いことによつて、遺伝要素をもつ体質的なものと生活習慣により一族中に重複して発生することが見られるからである。しかし、絶対数も一般家庭から発生するほうが著しく多い。

③「癩は強烈な伝染病であると云ふ迷信」。この迷信はかえって医師や知識階級の間に普及している。ハンセン病は古き時代からの病氣であるにもかかわらず、一般に伝染性の疾患とは認知されなかった。近年、伝染病であることが声高に言われ、社会に強い恐怖心を呼び起こして、強い伝染力を有する疾患のごとくに嫌忌されるようになった。そして、「癩の対策が企図せられるならば以上の諸迷信を脱却して正しき見解の上に設定せられなければならない」と警鐘をならした。

この論文が発表された昭和六年(一九三一)は、「癩予防二関スル件」の改正が行われ「癩予防法」と命名され、法律上すべてのハンセン病患者が強制収容される道を開いた年だが、その意味で時代潮流と対峙する象徴的な論文といえる。この小笠原が指摘した三つの迷信①不治観・②遺伝性・③伝染性について、すでにハンセン病医学の第一人者であった光田健輔とその信奉者である療養所学派(通称 光田学

派」と対立した論点となっていく。小笠原の主張は、隔離政策を推し進める光田学派の不興を買うのは当然であった。

昭和八年（一九三三）、小笠原は、十二名の患者に新薬「金オルガノゾル」の注射を試み、好結果を得たとした。<sup>(16)</sup> 当時は新薬の研究が盛んだった。この発表は関心を呼んで、ラジオ・新聞に発表された。同年十一月の第六回日本癩学会にて、小笠原は質問責めにあう。さらに『医海時報』に田尻敢が、治病効果の発表時期の尚早たる等の批判をする。十二名の治験例で新薬の薬効を発表することは、功をいそぐ得点主義に映ったようである。対し小笠原は、翌昭和九年（一九三四）二月十七日同紙上に、発表の尚早なることは承知の上で、むしろ不可治の迷信から患者を救いたためであると反論し、可治性を人々が知ったのをよるこぶ旨を述べた。<sup>(17)</sup>

同年十一月、小笠原は岡山医科大学で開かれた第七回日本癩学会で、金オルガノゾルの薬効の第二報告をする。ここで激しい討論がなされ、光田健輔と小笠原登は「治癒」の解釈に関して直接渡り合った。「癩菌が全滅して最早や再発せざるに至った場合に治癒したと称する」光田と、「病原体が残存して居る場合でも菌が毒力を失った場合又は身体が無抵抗になった場合には病気が治癒」したとする小笠原との議論はかみ合うはずはなかった。小笠原は、「不治論者は他の伝染病と懸絶せる特殊な態度を以て癩に臨んで居るに對して可治論者は一般の伝染病疾患と同一態度を以て癩に臨んで居る所に差異の基礎がある」と論争の事態を正確に認識していた。<sup>(18)</sup>

光田学派の反論は、感情的な憤りというべき感もする。それには伏

線があった。同学会にての小笠原のもう一つの発表「光田氏反応<sup>(19)</sup>の追試」で、らい菌と鼠らい菌などの無害抗酸菌との間には全く境界線は存在しないとし、光田氏反応に疑問を呈した。この報告は光田健輔を信奉する者には看過できない問題となったであろう。小笠原に集中砲火が浴びせられる。

当時学会の中樞を占めていた主流派としての光田健輔らの療養所学派（光田学派）に対し、通院診療中心の治療を提唱する学派を大学派と言うが、時流のなか、彼等は少数に追いやられ、次第に沈黙していく。<sup>(21)</sup> ひとり小笠原はまったくの孤塁を守ることになっていく。

昭和十年（一九三五）七月、小笠原は推進されていく隔離政策に正面から言及した。「癩とヴィタミン」（『臨床医学』第二十二年第七号）にて、「癩の発病にはヴィタミンA及びDの欠亡が大なる要素をなし居る」とし、「栄養改善の方策が、隔離法よりも意義が多い」と主張した。同じく十一年（一九三六）の『実験医報』（第二十二年二五六号 二月十二日）「癩に対する誤解」にては、「徒に不治と宣伝して治療を断念せしめ、重傷に陥れて了ふのは人道的に避くべきである」、「殊に癩は重症に陥つて居らぬ限り家庭に於て業務に従事しつゝ、治療し得べき疾患である。患者のため社会のため診療を奨励すべきである」とまで言い切った。反隔離主義・在宅治療主義を高く標榜し、京大病院での来院治療を頑なに守り続けた。

同年、小笠原は上司である京大病院皮膚科の医長から注意を受けている。ハンセン病患者を治療しながら、関係官庁に届出を怠っているとの、療養所の園長達から嚴重な抗議を受けてのことだった。

「癩予防法」の医師の届出の義務に抵触するおそれがあった。小笠原が京大時代の二十三年間に治療したハンセン病患者は、千五百名以上とされるが、多くのカルテには病名を記入していなかった。なかには、「迷走神経緊張症」と記入したりしている。患者本人にも、必要でなければ病名を告げないこともあった。患者を隔離させないための措置である。

昭和十三年（一九三八）八月、京大医学部にハンセン病の診察と研究のための皮膚科特別研究室が新設され、小笠原は主任に就任。開放的なハンセン病治療の名実とも中心としてあった。

小笠原は、同年十二月『芝蘭』（京大医学部芝蘭会）に「癩患者の断種問題」を発表し、光田学派の進める、男子の輸精管を切断し、子どもをできなくしてはじめて療養所内での結婚を認める断種計画に、「一男一女相寄つて営む家庭に於て子無き場合には、種々な悲劇が展開される。癩の予防は此の如き不幸の到来を予期しつゝ、断種を行はねばならぬと云ふ程の事件では断じて無い」とし、「軽率味を帯びて聞こえる」と断じた。

ハンセン病は強い伝染病ではない、らい菌の存在は発病の要因ではない、不治の病ではない、隔離は必要はない、断種は反対する。小笠原は光田学派の見解とすべて逆行した。論争は先鋭化し、修正のしようもなかった。医学的見解だけでなく施策まで否定する小笠原への反感は尋常ではなかった。すでに光田学派にとって小笠原は異端邪説の徒であった。

昭和十六年（一九四一）七月三日、『朝日新聞』が「癩は伝染病に

あらず 『体质病なり』と京大から新説」との見出しで大きく報道し、世間の耳目を集めた。早速同紙七月十・十二日に、櫻井方策（大阪帝国大学助教授）が「癩は伝染病 小笠原博士の説について」を寄稿し、「学会にあつても癩専門の多くの学者の間でも氏の所説は全く承認されていまい」と論難した。一般紙から発表される反響に危機感を抱いた光田健輔は、京大総長羽田亨と医学部長小川陸之介を訪問し、小笠原本人にも釈明を求めた。この件は、その年十一月十四・十五日に大阪帝国大学で開催される第十五回日本癩学会で論争されることとなった。そのいきさつは十月三十一日付け『大阪毎日新聞』に「伝染か遺伝か 癩の本質解剖 来月阪大で展く大論争」と前もって紹介された。

その第十五回日本癩学会で、小笠原は「癩患者の心臓」という演題で、ハンセン病患者百三十八名の心臓のレントゲン像を観察した結果、らい菌は佝僂病体質者のみならず虚弱不良につけこんで侵入するとし、栄養不良が主たる原因であると、従来の主張に沿って詳しく発表された。すぐさま反論が寄せられ、保田耕・稲葉俊雄・野島泰治・光田健輔・林文雄・櫻井方策らが立った。光田は「癩の心臓は多少肥大するものが臨床的にあることは事実であるが、それが癩性素因若くは佝僂病体質の関係ありやを疑ふ」、櫻井は「私は癩に罹つたために栄養が悪くなるものと考え、……夫等の現象は原因でなくして結果である」と全否定した。小笠原は一つ一つ疑念に答えたが、諒解はつかず、第二日目に持ち越された。

第二日目は、学会発表に小笠原説の反論が組み込まれていた。第六十三番発表「所謂佝僂病性体質論を否定す」（神宮良一、保田耕、稲

葉俊雄、高塚敏夫」と第六十四番発表「癩の誤解を解く」（野島泰治）がそうであった。彼らの論難は激しく、「この説は危険だ」（稲葉）、「その罪たるや万死に値す」（野島）、「大学の助教授たる人が、地球が四角だといった式の説をふり廻すのは遺憾だ」（村田正太 座長）とまで言い、殺氣立っていた。小笠原は傍聴席から説明を加えたが、発言を妨害し吊し上げようとする反対派の野次や、床をわざと踏み鳴す靴音で騒然たるものであった。そんな雰囲気の中で、一時間にわたる論争は最高潮に達し、座長の村田正太は小笠原に、「癩は伝染病だと云ふ通説を否認せられますか<sup>(25)</sup>」とつめよった。小笠原は、伝染病を広義と狭義に分けるべきだとし、「癩は細菌性疾患ではあるが狭義伝染病に属せしむべきものでない<sup>(26)</sup>」と言ったとたん、村田が降壇し、論争を終えてしまった。小笠原は、反対派の追求をかわしたつもりだったが、まがりなりにも伝染性を肯定することによって、体質論を撤回したとされてしまった。同日『朝日新聞』夕刊には「体質論の小笠原博士沈黙す」、「大阪毎日新聞」には「小笠原博士の体質論一掃さる」の見出しが踊っていた。

時局は日米開戦に向かいつつあった。この第十五回日本癩学会も、開催が危ぶまれるほどであった。同学会では、「癩患者五千名収容施設拡張」建議を厚生大臣に提出する事を決議した。その「理由」に「今や我国ハ東亞ノ盟主トシテ単ニ国内ノ癩問題ノミナラズ其ノ猖獗地タル共榮圈内ノ対策ヲモ講究スベキ時期ニアリスル見地ヨリスルモ国内ノ癩根絶ハ焦眉ノ急ヲ要スル重要事項ナリト思考ス<sup>(27)</sup>」と、国家に忠誠を誓っていた。

ここまで、小笠原登と光田学派の論争と確執を縷々述べてきた。新薬の治験から始まり、ハンセン病の遺伝性・伝染性が論議され、佝僂病体質論までに及んだ。意外なようだが、医学界はらい菌の発症力の弱さをすでに認めつつあった。ではなぜに、弱いらい菌の侵入した人で、一部の人のみにハンセン病が発症するにいたるのであるのか。いみじくも、体質が関与していた。反小笠原の急先鋒であった櫻井方策も、すでに昭和十四年（一九三九）に、「癩者の血統でも素因が無ければ感染しない<sup>(28)</sup>」と、素因（＝体質）の存在を認めている。

しかし体質は遺伝する要素がある。遺伝性を認めることは、つい近代まで抜けがたかった牢固なハンセン病観を、光田学派の主張によりようやく一般から開放させつつあるものを、明らかに逆行させる行為であった。体質でハンセン病を発症させられては、患者を囲い込む根拠がなくなる。施策が根底から覆される。ハンセン病は完全なる伝染病でなければならず、自発性であってはならなかった。伝染性を大きくとりあげ、終生完全隔離制度と断種政策を推進することによって、いずれはハンセン病を撲滅できるとする光田学派にとって、譲れない一線であった。ハンセン病の隔離政策はすでに国策であった。

### 第三章 小笠原登のハンセン病観と病理観

小笠原が好んで使う、らい菌と人体の関係について、撞木と鐘の話がある。

「撞木が合はねば鐘はならぬ」と云ふ諺がある。今一本の撞木が

あるとする。この撞木を用いる時は鐘の大小形状を問はず何れの鐘も皆鳴ると云ふならば、この撞木は不思議な撞木であると云ふので先づ此の撞木の方に注目するのが当然である。しかるに若し又一本の撞木があつて、これを用ゐる時は大きな鐘も小さな鐘も殆んど皆鳴らぬのであるが、其の中に只一二の鐘のみが鳴るとする。その時にはあの様な撞木で鳴るといふのに余程面白い鐘であると云ふので注意は当然鐘の上に注がなければならぬ。撞木を癩菌とし鐘を人体とするならば癩の場合に癩菌の撞木は何人にも病原性を有すのでは無く、人体実験等が示す如くに只選ばれた少数の人にのみ病原性があるに止まるのであるから明かに後者の場合に属する。撞木の癩菌を研究する事も必要ではあるが、それ以上に人体の鐘の研究を必要とする。<sup>(29)</sup>

病気の因は人体個人に探らねばならぬ。らい菌ばかりに拘泥してゐては治療にならない。時の医療の陥穽を指摘して、むしろ人体の症状を診る応病与薬的施療を薦めるのであつた。

小笠原の、病氣観はいくつかの言葉で特徴的に捉えることができる。

## 感受性

小笠原は、ハンセン病患者三八二名への質問によつて、感染経路の接触関係の統計をとつたところ、半数近くがハンセン病を見たこともないのに保菌し、まるで自発のように発症しているのに注目し、ハンセン病の発症には別の要件を推論した。「癩の如き微弱な伝染病に於ては、病原体の問題よりも感受性の問題が重大である」<sup>(30)</sup>と感受性論を

提唱した。

さらに小笠原は、牛の結核菌が特殊な人に病原体となり、水中の無害抗酸菌が特殊な蛙に結核を発症させる等の事実をあげ、「癩は必ずしも癩菌が人より人に移行して癩を喚起せられるものではなく、或る時は無害抗酸菌が、適当な人体に於て変成して病原性を獲得する事」<sup>(31)</sup>を指摘し、らい菌そのものへも従来の解釈にとらわれない。

病氣は、病原があつても発症するとは限らない。発症する方の条件が整つて、はじめて発症する。人体内に病を発症させる情況、それを小笠原は感受性の言葉をもつて使つたのである。

総て病原体は、生と無生とに関らず、感受性無き場所即ち身体には疾病を喚起し得ぬのであるが、感受性のある身体に遭遇する時、ここに始めて、疾病を、発せしめる。換言すれば人体が、病原体に病原性を附与するとも云い得る。<sup>(32)</sup>

とし、諸病に、前駆的かつ基礎症状として心音異常、肝脾の肥大及び圧痛、下腿症状（浮腫及び腓腸痛）の共通現象を見て、「自家中毒症候群」と称した。この自家中毒症候群の由来する所は、栄養過剰である。栄養のアンバランスが病原に対する感受性の亢進をよび、病氣を発症せしめるのである。そこで、感受性の発生・亢進は「『不知節』の三字に帰せられ、就中、貪食を第一とする」<sup>(33)</sup>と、不摂生な生活が原因であるとし、究極的に生活態度に帰せしめた。懶惰・放縱なる生活は避けるべきである。若き日、修養生活によつて重い結核から全快した結果を踏まえての、自信に満ちた言葉であつた。



## 漢方医学

昭和十一年（一九三六）の後半から翌年にかけて、小笠原は日本癩学会で抗酸菌についての発表のみでしばらく沈黙した。

大学に於て欧米医学を授けられてから昭和十二三頃に至る迄は、漢方医学を無意識的に、未開民族の医学か考へて、私達東洋人の祖先達が辛苦を重ねて建設した東洋医学を省慮する意図を発するに至らなかった。然るに、昭和十二三年頃に至つて、己れ自らに発した肩の神経痛・頸部の湿疹・脚気の体験に催されて、東洋医学を理解せんとする願望が萌し始めた。<sup>(34)</sup>

と述べるように、そのころ漢方医学の研究にいそしんでいたと思われる。自分の体調を崩すことがきっかけで、祖父の提唱する東洋の治療医学に回帰し、漢方医学を取り入れていった。

以後、小笠原は積極的に思弁的な病理論・治療観を展開していった。

小笠原は、菌を絶滅することに主眼を置く、らい菌中心主義の治療観に疑問を呈する。らい菌の存在は、他の病氣との区別する特徴であり、発病の真の原因でなかった。患者の感受性の亢進こそが原因であった。この事は、ハンセン病のみならず、諸病についても同様とした。いっぽう、「漢方医学に在りては、敢えて抽象せず、自然のままに暗中摸索を試み、動きなきものを捉え、これを根柢として観察を進めた」結果、「当該器官を傷害した作用」が病因であった。小笠原は、現象にかかわれとする。それこそが漢方医学の治療主義であった。<sup>(35)</sup>

また小笠原は、「医は意なり」の言葉を引いて、

「医は天意である。天意を知るは人意である。人意を以て天意を行

ふことが意であると解せられ、自然を尊重する意に私は解釈してゐる。自然に服して自然を御する所に自由があり、妙味がある。<sup>(36)</sup>

と、漢方医学の極意をまとめている。小笠原にとって、漢方医学をそのまま復活することが目的ではなかった。医学上の根本問題（天意）について人が再認識することでもあった。

### 健病一如

小笠原登は、学んできた近代医学と漢方医学を思维的に比較考察し、病の本源について、『芝蘭会雑誌』第十三号（昭和十六年（一九四一）四月）に、「臨床上より見たる『疾病』の語義」として発表した。ここでは、異常（Abnormalität）と違和（Unharmonie）の二つの条件が同時に満たされる身体上の現象に対して疾病と称する従来の病理学上の疾病観を否定し、『疾病』てふ概念の核心は畢竟『苦痛』である<sup>(37)</sup>と断言した。発病以前の状態に復帰せしめるのではなく、苦痛を除くのが自分たち臨床家の任務で、病態を客観的に扱うべきだとし、さらに苦痛の本来に迫り、

人若し忍力が徹し到つて病苦を帯べども畏れず憂へず、平和を味得ししながら死に帰して行くとする。かくの如き場合を如何に考ふべきであるかは、空想的ではあるが、一考に値ひする。病理学的見地よりよりするも、臨牀的観察を行ふも、病者と見るべき事は当然であるが、しかし其の苦痛が缺如してゐる。これが遂に死に帰するも無苦悩の裏に起る恰も健病者が無苦悩の裏に自然死を遂げるのと変る所が無い。病中にあれども無病と云はねばならぬ。<sup>(38)</sup>

と仏教的な疾病観を呈するにいたった。

一心、苦悩を離るれば 健病、分かつ能はず

忍力、光焰の如く 生死の雲を消除す

と、小笠原登は昭和十四年(一九三九)漢詩に詠んだ。健病の關係はあたかも昼夜の關係に似ていて、境目が無いのである。しかるに一般の人は、恣意的に病氣と言ったり、あるいは健康と言うにすぎないのであった。「人間には本来真病が無いのである。健病一如」<sup>(39)</sup>とまで言い切るに達していた。日常の生理現象も病の現象もともに生命保持のすがたであった。

病氣の垣根を払う健病一如論は、小笠原の親しんだ仏教の理知と、研修した近代医学と、体现した漢方医学の中で得た全人的病氣観を形成している。

これら小笠原における思弁的な疾病観の成立は、当時の彼を取り巻く環境と無關係でなかった。昭和十五年(一九四〇)十月に「私は今日科学的良心を以て『癩は治癒する』又『癩はさ程の伝染病では無い』と信じて居るのであるが、この科学的信念に基づいて、何か災厄が起るであらうと云ふ予感を近頃私に覚へてゐる。」<sup>(40)</sup>とまで記している。時代の圧力をひとと感じざるを得なくなった小笠原は、より一層自身を思索者として高所においやり、むしろ自らを思想家・宗教家として変貌させていったのである。

#### 第四章 人間小笠原登

小笠原登は、真宗大谷派の僧侶であった。坊主頭に、冬は黒、夏は白の粗末な詰襟服姿で、大きな数珠を持って診察に当たり、患者の結節や斑紋を素手でなでながら、仏教の譬えを引いて話していたという。「真理を語る人生の友であり、師であり、高い理想をもった宗教家、哲学者でもありました」<sup>(41)</sup>と、京大医学生の時、小笠原を手伝った大谷藤郎は述懐する。

小笠原の治療観には、色濃く仏教が影響している。昭和十年(一九三五)から同十九年(一九四四)まで、結核を療養する人のための月刊誌『療道』が療道協会(京都市右京区山田平尾町)から刊行されていた。小笠原は若き日、結核で闘病生活を余儀なくされ、遅れて大学卒業になった。しかし自らを律し、信仰と修養生活によって立ち直った自負があった。それを明らかにし、療養者に発信するように、自身の身体観・病氣観さらに精神論や宗教観を綴っている。<sup>(42)</sup>

昭和十三年(一九三八)秋に「医学と宗教」を、『療道』(第三十六・三十七号)に掲載。そこでまず、小笠原は、「学問」と「宗教」の關係について別個のものではないと述べる。それは、学問も宗教もともに信仰を扱っているからであった。

学問は真理を求めてゐると言ふ事は常に言はれてゐる所であるが、これを真理なる客観的な法則であると考へるよりは、自分の<sup>(43)</sup>脳力の法則であると見た方が正しい。科学にも亦<sup>(44)</sup>不<sup>(45)</sup>遍性のなき事がある。

学問の真理というものは、「脳力」すなわち頭で理解される認知結果であるから、必ずしも普遍性はない。したがって、学問は自分の経験の整理であって、そこにある法則はただ過去において任意の時に真理であった、将来も真理であろうと信仰しているだけだ、と普遍性の危うさを指摘した。それこそが、宗教的信仰と同じであつた。これらの信仰を基礎として、研究は進められている。だから宗教と学問は別個ではないと、小笠原はまず規定した。

しいて相違点を求めるなら、学問においては学説と信仰が矛盾を来した場合には容赦なく打捨てて、矛盾なきものを求めていくのであるが、いわゆる宗教の中には、矛盾をかえって人間の知恵の不完全に帰して行く場合があるとした。しかし小笠原においては、これは「真の信仰でなく迷信」なのである。「正しき信仰とは不思議なものを信ずる事ではなく、極めて明白なものを信ずる事」と断じ、科学者としての合理的な信仰形態を選んでいる。

いっぽう、「我等医学徒は、生命現象を研究して、生老病死の四苦を脱せしめる事に努力して居る。この事は、我等の医学は既に宗教的な目的を持って居る」。そこで、学問としての医学は、科学的基本法則を尊重しているのだから、「天地万物の創造者たり支配者たる神と云ふ概念は無用」になる。そうすると、「仏教は因縁の法を説き、三世実有、法体恒有と教へて時間の實在と物質の不滅とが唱へられ、業の不滅の思想はエネルギーの不滅の思想と相通じ、又万有は因縁の生起する所であると教へる中には、万有進化の理が伏在して居ると考へられる。即ち仏教は我等の医学と出発点を等しくして居ると云つてよ

い」と、仏教の汎神性のゆえ、医学との相即を小笠原は述べた。また人体の「吸酸除炭」の作用のごとく定相が一刻もないのであるから、諸行無常の法則においても同じだとした。

さて小笠原は、このように因果の法則が行われているところでは真の自由はなく、また人が自由ということに意識が囚われている限り、それは真の自由ではないとし、むしろ「自由を離脱すれば、真に自由」であるとした。そこで結局、現代医学は諸行無常の不自由を教えるに對し、小笠原は、「現実の世界に心を繋がれて苦しみ悩むは合理的な生活ではない」と宿業から離れての自由、涅槃寂靜の境地、覚悟に求めるのだった。

即ち吾人の医学は外観の世界に於ては藥物及び其の他のものを用ひて疾病を防止し又疾病を除く事に努力を払ひ、若干の効果を將<sup>(44)</sup>来して居るのであるが、内観の世界をも亦指導する事が出来る。

小笠原の到達した宗教観は常に身体との関係においてあつた。近代医学を学習したにもかかわらず、抛擲するように漢方医学の研究に彼をいそしませる。それも「外観の世界」における医学から、さらに宗教的な「内観の世界」に重心を置くようになったのである。仏教思想による精神的な指導こそ治療の要諦となつた。<sup>(45)</sup>

内観の世界は自分自身が問われる。小笠原は、「おのれこそおのれによるべ。おのれをおきてたれによるべ」と『法句經』を引いて、最も明るきものは己れ自身とした。そこでは、健康と疾病、正形と奇形の対立概念をも止揚していった。ハンセン病は可治か不治か、光田健輔と論争した根拠も「範疇的対立の概念の破壊」によるものであつた。

我等の医学は無常、無我を教へ、此の如き現象に心を繋ぐなかれと教へる。心を繋がる時は空々寂々と同一に帰する。此の境地は其のまゝに一切の肯定となり、そのまゝに真理の結晶であり、宇宙の中心である事を認める。<sup>(46)</sup>

しかし、いささか高邁さを感じたのか、昭和十五年（一九四〇）に小笠原は同誌一月号（第五十二号）に「忍力」を発表し、そこで少しく修正を試みている。精神の力を「忍力」として捉え、「忍力増上し来たれば苦痛は又元の苦痛にあらず、生老病死は其の儘に涅槃寂靜となる」と、同じ論法であるが、しかし「この忍力を徒に内に蔵せずして十分に発露せしめるものが成程あるであらうか」と疑問視した。小笠原は、「維摩經」の「一切衆生病めるを以て、この故に我病む」の句に注目した。そこで、苦悩に沈淪する一切衆生に同化していくことこそ、医師としての大慈悲行と理解するのである。なぜなら対症療法の効果を以て一切衆生の苦悩を救うことができるからであった。

私達臨牀医家は、仮令忍力成就して無苦悩の境地に在つても、更に苦悩の再認識を行ひ、一切衆生の苦悩に和同し、抜苦与樂の菩薩行を完成せねばならぬ。かくして私達は、一切衆生の苦悩が滅し尽されるに及んで、始めて独自の真面目に帰り、無苦悩の境地を樂しむべきである。<sup>(47)</sup>

と、医師の役割自体を菩薩道と接近させた。

小笠原は、ここに救済の論理を完成した。患者でなく、医師が菩薩道を完成すべきだと言うにいたつたのである。衆生たる病者の苦悩が滅して、はじめて菩薩たる医師は無苦悩にいたり得るのであった。そ

して改めて、患者には精神修養生活を求める。さらにそれだけではすまない。医師の治療や己の忍力によって、「病苦を脱して靜かに死に帰するならば、一見賢者の如く見えて実は大愚痴者である」とした。患者は「更に病苦を再認識し、苦悩の境地に還り來つて父母兄弟妻子朋友に和同し、彼等をして心安からしめんがために己れに治療を加へる事は、仁義忠孝にして大慈大悲の菩薩行である」とする。ここでは、浄土思想の往相還相の説をかりたものである。これが医僧、小笠原の治療観の真骨頂であった。<sup>(48)</sup>

## おわりに

川上武は、病人差別について「健康者と病人・障害者の間に存在している緊張関係<sup>(49)</sup>」によるとした。健康者と病人の緊張関係、とくにハンセン病の場合、容貌の変化が顕著であるというところで、健康者から激しい緊張が生じる。さらに健康者が自分も病者と同じ症状を呈する可能性のある場合、すなわち感染するかもしれないと感じたとき、緊張感が増幅され、恐怖感となつて強く差別する方向に向かうだろう。病人と非病人の距離が近くなる。よく見えるそのぶん緊張関係がたかまり、忌避観は増す。つまり伝染性が社会に発せられることにより、病氣そのものへの嫌忌から、症状を有する者に対し差別してしまう素地がまず社会に形成される。

さらにハンセン病の場合、隔離政策により、社会に恐怖心はさらにかき立てられた。見えない（めつたに巡り会わない）病に、社会の恐

怖はいや増す。見えないゆえ、「恐ろしい病氣、癩病」が社会通念として定着した。同じように抗酸菌が病原体で、ハンセン病よりずっと感染力が強力な結核は、患者数がより多く、見える病氣であった。見えないゆえハンセン病は結核より嫌忌される病となったのである。結局、一般社会においては、遺伝観が拭いきれず、業病・天刑病観がなお残り、またいっぽう伝染性が強調され、更に不治性も強調され、全快しても再発の可能性を喧伝されてしまう。こうしてハンセン病患者は劣性の国民とされ、病は亡国病と認識されてしまった。第一期に用意され、第二期から第三期に確立されたこのハンセン病観は、戦後なおも引き継がれ、第四期の現代の我々の意識に流入していったのである。ここに医療の病理観と社会の病観のおおきな乖離を認められる。小笠原登は、

癩の極悪性は奈辺にあるか。ただ社会が種々の迷信に基いて患者及び其の一族に加へる迫害の上に癩の極悪性を帰せしめなければならぬ。此の極悪性こそ独り癩のみが有する所のものである。<sup>(50)</sup>と、すでに日本の「癩病」は、社会が形成した病氣であると認識していた。ここに、小笠原思想の先見性が評価されるのである。

アメリカで開発された特效薬プロミンが戦後日本にも伝わり、ハンセン病治療は大幅に前進した。これを契機として、治療環境が変わりつつあった。社会防衛の理念に立つて制定された「癩予防法」は現状にあわず、改正の機運が盛り上がった。しかし日本のハンセン病政策は、戦後もなおも光田イズムの膝下にあった。昭和二十六年（一九五二）十一月、参議院厚生委員会で光田健輔らが意見を述べた。光田は、

「手錠でもはめてから捕まえて強制的に入れればいいのですけれども」と、強制収容の強化・断種の励行・罰則強化・所内治安の維持強化と、むしろ時代に逆行するような発言をした。「癩予防法」は結局、小幅の改正にとどまり、「らい予防法」となっており、隔離政策の趣旨は継承したままだった。この時、日本は世界の趨勢に遅れて、隔離政策を放棄する機会を失ってしまった。現在、国の「不作為」が問われる所以である。昭和三十年（一九五五）以後ハンセン病患者の収容率は九〇パーセントにまでなり、完全隔離はほぼ実現になった。恐ろしい病は療養所の中に閉じこめられた。療養所外では、皆目、患者に遭遇しない。ハンセン病は「らい病」として、変わらず見えない遠き病のままだった。

「らい予防法」が改正もしくは廃止に動く平成七年（一九九五）、第六十八回日本らい学会は「『らい予防法』についての日本らい学会の見解」を公表した。そこでは、「『現行法』の廃止を積極的に主導せず、ハンセン病対策の誤りも是正できなかったのは、学会の中枢を療養所の関係会員が占めて、学会の動向を左右していたから」と、<sup>(51)</sup>自らの動向を偏向したものとよく認めた。さらに、「隔離の強制を容認する世論の高まりを意図して、らいの恐怖心をおおるのを先行してしまつたのは、まさに取り返しのつかない重大な誤りであった」と、<sup>(52)</sup>世論操作の役割を担ったことも認めたのである。

古代から世界中でハンセン病患者は、聖なるものとして扱われたり、穢れたものにも貶められたりもした。病者の存在が社会や宗教に都合よく蹂躪されてきた。いっぽう社会も差別しながら、共存せしめた。

近代日本でも初期は、ハンセン病は幾つかある病のうちの一つの認識たりえた。しかしまもなく社会認識が病理を凌駕する。それは、近代社会の成す病でしかない。<sup>(53)</sup>すでにみたごとく、現代日本人に抜けがたく存在するこのハンセン病観の初発は近代における国家規模の恥感情であった。世界の一等国たらしめる気概が、国家的恥辱観を呼び覚ました。ヨーロッパ諸国と比較して、ハンセン病患者が市中に闊歩するのはまさに国辱であった。隔離政策は、その対処策でしかなかったことになる。

癩患者が多き事はそれ自体何の恥辱でも無いのであるが、癩患者を多からしめるが如き文化程度の低い事が国家、社会の恥辱となるのである。我等国民は本末を誤つてはならぬ。<sup>(54)</sup>

と小笠原は、すでに病の国家管理の本質を見抜いていた。

小笠原登は、「患者から学び、現場から教えを乞うという謙虚な姿勢をとり続け、みずからの科学的良心を社会的良心と等質のものと<sup>(55)</sup>して維持」した人である。ゆえに、思想性は孤高となった。だからこそ先駆的思想家として、その病気観は煌めく。しかし小笠原は孤高に追いやられ、そこに止まった。小笠原はハンセン病のみならず、すべての病気観を仏教思想に収斂させていったゆえに、治療思想としては社会に普遍的でなく、治療範囲も限られたものとなった。科学一辺倒の原理から距離を置き、精神的な理知を重視し、それだけ「近代的」でなかった。

しかしながら「近代的」でないがゆえに、健康と病気の垣根を設定しない「健病一如」という小笠原思想は、ハンセン病の本質を捉えて

いたのである。それでも、昭和と言う時代は、小笠原が捉えていたものを隠蔽し通したのである。

## [注]

(1) 大谷藤郎『らい予防法廃止の歴史』四十二頁 勁草書房 平成八年(一九九六)。なお、「浮浪らい」とは、自宅や施設を離れ、定住生活をしていないハンセン病患者のことである。

(2) 小笠原登の行動について、その先見性に注目し、社会思想史のなかで最初に評価したのは昭和五十年(一九七五)日本社会福祉学会での服部正(大阪社会事業短大教授)の発表であった。服部は、「絶対隔離主義全盛期によく孤塁を守って居ることのなかったその求道者の生涯は、衷心よりの敬意に値するものといえまいか」(『反隔離主義の先駆的实践者・小笠原登』『社会問題研究』第二十五巻 大阪社会事業短大 昭和五十年(一九七五)十月)と高く評した。次に八木康敏が、『小笠原秀実・登・尾張本草学の系譜』(リポート 昭和六十三年(一九八八))で戦時の思想家としての兄弟像を描いた。また大谷藤郎は、若き日小笠原に師事した経験から、そのひととなり医学者の理想を求め、近代ハンセン病行政の内部批判の立場から、『現代のステイグマ』(『異端邪説の徒か』 勁草書房 平成五年(一九九三))、『らい予防法廃止の歴史』(一九四一(昭和一六)年第十五回日本らい学会にて―国賊扱いされた小笠原登博士―) 勁草書房 平成八年(一九九六)にて積極的に評価した。藤野豊は、『日本ファシズムと医療』(『隔離政策の矛盾とその顕在化』 岩波書店 平成五年(一九九三))、『歴史の中の「癩者」』(『隔絶のなかのハンセン病患者』 ゆみる出版 平成八年(一九九六))、

『いのち』の近代史』〔断種の論理 小笠原登のたたかい〕 かもがわ出版 平成十三年（二〇〇二）にて、とくに強制隔離と優生法への批判的視点から、反ファシズムの象徴的人物像として位置した。本稿は、これら先行研究書に触発されたものであり、その成果に負うところも多いが、先行書が触れなかった、小笠原の個人史、病氣論、とくに彼のハンセン病治療観の原資となったところの仏教思想と仏教的身体観について言及せんとした。

- (3) 蘆川桂洲『病名彙解』巻之四「癩風」 貞享三年（一六八六）〔近世漢方医学集成64〕所収 名著出版 昭和五十七年（一九八二）
- (4) 吉益南涯『陰証百問』（中川修亭編）第九十九策「癩疾筋変」〔近世漢方医学集成38〕所収 名著出版 昭和五十六年（一九八一）
- (5) 鈴木則子「近世癩病観の形成と展開」〔藤野豊編『歴史の中の「癩者」』ゆみる出版 平成八年（一九九六年）〕
- (6) 宮川量編「日本癩病史年表」〔「レブラ」第十二巻 昭和十六年（一九四一）〕、及び林芳信「現代における日本のらい事業の進展について」〔「レブラ」第三十八巻、昭和四十四年（一九六九）〕
- (7) 厚生省『医制百年史』（第二章「近代衛生行政の創始」昭和五十一年（一九七六））。窪田静太郎「本邦癩予防制度創設事情に就きて」〔第八回日本癩学会演説〕「レブラ」第七巻 昭和十一年（一九三六）
- (8) 近代のハンセン病（癩病）救済史のなかで、宗教者による救癩施設はほとんどがキリスト教系であり、仏教者によるものは、日蓮宗の僧、網脇妙龍（明治九年（一八七六）〜昭和四十五年（一九七〇））による明治三十九年（一九〇六）設立の「身延深敬園」とその九州分院のみである。十万というのは潜在患者の推測値。明治三十三年（一九〇〇）政府は全国一斉のハンセン病患者数及び血統の調査を行い、ハンセン病家系を有する戸数一九九、〇七五、人口九九〇、三〇〇の数字がある。判定の
- (9)

根拠は不明。

- (10) 『東京日日新聞』明治三十七年（一九〇四）十一月七日（藤野豊『日本ファシズムと医療』 岩波書店 平成五年（一九九三））
- (11) 『時事新報』明治三十七年（一九〇四）十一月十日（同右）
- (12) 三歳違いの兄に、のち田周寺住職で佛教専門学校・佛教大学教授を務めた宗教哲学者小笠原秀実（明治十八年（一八八五）〜昭和三十三年（一九五八））がいる。
- (13) 小笠原登『漢方医学の再認識』「はしがき」 洋々社 昭和三十八年（一九六三）
- (14) 同右
- (15) 小笠原の生家の田周寺は、通称甚目寺観音と呼ばれる甚目寺のもと塔頭寺院で、甚目寺山門の東南二百メートルに位置する。『一遍上人絵詞伝』（正安元年（一二九九））第三巻第一段には、甚目寺で修行を受けるハンセン病者の図がある。黒田日出男は、甚目寺における非人宿（疥癩宿）の存在の可能性を示唆する。（黒田日出男『境界の中世 象徴の中世』「身分と境界 Ⅷ史料としての絵巻物と中世身分制」東京大学出版会 昭和六十一年（一九八六））
- (16) 小笠原登「金『オルガノゾル』（堀場・小田切）ニヨル癩ノ治療 第一報告」〔『皮膚科紀要』二十一巻二号 昭和八年（一九三三）〕。金オルガノゾルとは、京都帝大化学研究所の堀場信吉らが創製した薬剤で、大風子油を溶媒として中に金をコロイド状態にして容れたもの。
- (17) 小笠原登「予の金『オルガノゾル』による治癩報告に対する田尻医官の批評について」〔『医海時報』二〇六〇号 昭和九年（一九三四）〕
- (18) 小笠原登「癩の治癒に就いて」〔『京都帝国大学新聞』第二三七号 昭和十年（一九三五）十二月十日付〕
- (19) ハンセン病の病型を決めるために光田健輔が考案した一種のワクチン。

- (20) 鼠につくらしい菌。人に感染するらしい菌とは違う菌である。
- (21) ハンセン病の伝染力の微弱なことを述べた医師は比較的多いが、隔離政策に疑問を呈した医師は限られる。青木大勇は、昭和五年(一九三〇)の「癩の予防撲滅法に関する改善意見」において、「伝染の難易・病毒の多少を顧慮せず、科学的研究の上に立脚しないで所謂一網打尽的に、苟も癩と診断せられたものは、すべてこれを強制的に隔離し而もこれを監禁本位に取り締まると云うことは全く時代後れの隔離法と云わなくてはならないのであつて、悪く云えば非科学的とけなさねばならぬ」と論じている。九州療養所(現菊池恵楓園)の河村正之は、昭和七年(一九三二)、第五回日本癩学会における講演で、「斯く長年月に亘りて何等伝染の危険無きものを療養所内にとどめ置くは極めて無意義にして、我國の全患者の三分の一を収容し得るに過ぎざる現状としては不経済なることと云うべし」と論じている。〔らい予防法〕違憲国家賠償請求事件判決文 平成十三年(二〇〇二)五月十一日判決言渡より)
- (22) 癩予防法「第一条 医師癩患者ヲ診断シタルトキハ患者及家人ニ消毒其ノ他予防方法ヲ指示シ且三日以内ニ行政官庁ニ届出ツヘシ其転帰ノ場合及死体ヲ検案シタルトキ亦同シ」
- (23) 小笠原登「癩患者の心臓 第十五回日本癩学会学術演説抄録」〔レブラ〕第十三巻 昭和十七年(一九四二)刊
- (24) 同右
- (25) 同右
- (26) 同右
- (27) 日本癩学会「建議書」昭和十六年(一九四二)十一月十五日〔レブラ〕第十三巻 昭和十七年(一九四二)刊
- (28) 櫻井方策「癩に関して医家の再認識を望む」〔医事公論〕一三九〇号特集「癩及癩と文学」昭和十四年(一九三九)三月。この論文の内容
- は、ハンセン病に関して、伝染力の微弱性、個人の素因、免疫力、抵抗力とビタミンの相關など、小笠原の主張とほとんど変わりがない。
- (29) 「皮膚特別研究室に助教授小笠原登博士を訪ねて」〔芝蘭会雑誌〕二十二号 芝蘭会 昭和十七年(一九四二)一月
- (30) 小笠原登「最近二年間に我が診察室を訪ねた癩患者の統計的觀察(特に感染経路について)」〔第八回日本癩学会演説〕「レブラ」第七巻 昭和十一年(一九三六)刊
- (31) 同右。
- (32) 小笠原登「漢方医学に於ける癩の研究」〔第一 漢方医学の特色〕自家出版 昭和四十年(一九六五)。傍点、引用者。
- (33) 同右
- (34) 小笠原登「漢方医学の再認識」 洋々社 昭和三十八年(一九六三)
- (35) 小笠原登「漢方医学に於ける癩の研究」 自家出版 昭和四十年(一九六五)
- (36) 小笠原登「漢方医学の再認識」 洋々社 昭和三十八年(一九六三)
- (37) 小笠原登「臨床上より見たる『疾病』の語義」〔芝蘭会雑誌〕第十三号 芝蘭会 昭和十六年(一九四一)四月
- (38) 同右。傍点、引用者。
- (39) 小笠原登「唯我独尊」〔療道〕第四十四号 昭和十四年(一九三九)五月号
- (40) 小笠原登「一心方法」〔療道〕第六十一号 昭和十五年(一九四〇)十月号
- (41) 大谷藤郎「小笠原登先生の思い出」〔小笠原登先生業績抄録〕 昭和四十六年(一九七二)十二月
- (42) 小笠原は昭和十三年(一九三八)から同十八年(一九四三)にかけて、『療道』誌に計八編を寄せている。『無願三昧―療養の体験と精神を語る



「〔療道〕第三十四号 昭和十三年（一九三八）七月号」、「医学と宗教」（同第三十六、三十七号 昭和十三年（一九三八）九、十月号）、「唯我独尊」（同第四十四号 昭和十四年（一九三九）五月号）、「忍力」（同第五十二号 昭和十五年（一九四〇）一月号）、「一心万法」（同第六十一号 昭和十五年（一九四〇）十月号）、「心身一如」（同第七十七号 昭和十七年（一九四二）二月号）、「病牀回顧」（同第八十八、九十号 昭和十八年（一九四三）一、三月号）、「心身一如の問題」（同第九十五、九十八号 昭和十八年（一九四三）八、十一月号）

- (43) 小笠原登「医学と宗教」〔療道〕第三十六・三十七号 昭和十三年（一九三八）九・十月号

- (44) 同右

- (45) 小笠原登は「病牀回顧」〔療道〕第八十八、九十号 昭和十八年（一九四三）一、三月号でも、同趣意を述べる。とくに「三、心身の安静」では、恵心（源信）・法然・親鸞・証空の詠歌を引用し、「愚者痴人は先覚者を信頼して克く静寂の天地を発見し得て先覚者と全く同一の境地に達する」と、浄土教的愚者救済の論理を進めた。しかし同論文は、「非常時の私達国民は、皇祖玄宗の御念願を有難く拝受して安心立命の境地に住し、懼れず、乱れず自若として職域に御奉公を励むべきであると共に、病牀に病を養ふの人々は心身一如の大自然法に法り煩擾悩乱を避けて静寂な心境に住し……」と、時局がらの結文を招いている。

- (46) 小笠原登「医学と宗教」〔療道〕第三十六・三十七号 昭和十三年（一九三八）九・十月号

- (47) 小笠原登「忍力」〔療道〕第五十二号 昭和十五年（一九四〇）一月号

- (48) 小笠原には、若い頃親しんだ清沢満之（一八六三～一九〇三）の「精神主義」の影響が見られよう。清沢「精神主義は自家の精神内に充足を求むるものなり。故に外物を追ひ他人に従ひて、為に煩悶憂苦することな

し」〔精神主義は完全なる自由主義なり〕（『清沢満之全集』第六巻）の言説に呼応する。河波昌は精神主義を「近代的な自己意識」と説明し、「信仰」「自覚」の方式を見る。（参考 河波昌「近代浄土教における私の自覚史」『東洋学研究』第三号）

- (49) 川上武「現代日本病人史」〔序章 病人史の方法論―病人処遇の変遷〕勁草書房 昭和五十七年（一九八二）

- (50) 小笠原登「癩の極悪性の本質に就いて」〔臨床の日本〕第二巻六冊 昭和九年（一九三四）

- (51) 『日本らい学会雑誌（レプラ統刊）』六十四巻 二七三～二七五頁

- (52) 同右

- (53) 社会認識と病理との乖離の存在はハンセン病だけではない。例えば明治期、脚気は、漢方と洋方の医学対立から、中毒説・伝染説・栄養障害説と陸海軍の対立を呼び、結果対処が遅れ、多くの将兵を苦しめた。精神病、コレラ、結核など、病には多少とも病態と病観の乖離は存在するのである。

- (54) 小笠原登「癩と体質」〔医事公論〕一三九二号 昭和十四年（一九三九）
- (55) 服部正「反隔離主義の先駆的实践者・小笠原登」〔社会問題研究〕第二十五巻 大阪社会事業短大 昭和五十年（一九七五）

（やまもと しょうこう 文学研究科仏教文化専攻修士課程）

（指導：池見 澄隆 教授）

二〇〇三年十月十五日受理

